UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION (1897-1898)
Pathologie externe — Chirurgie.

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr JUNIOR VITRAC



PARIS
GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3
—
1898

TITRES

Interne des hôpitaux de Bordeaux.

1892. — (n° 1).

Docteur en médecine.

1895.

Chef de clinique chirurgicale.

A la Faculté de Bordeaux. — 1895

Membre et lauréat de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.

Membre de la Société d'Obstétrique, Gynécologie et Pœdiatrie de Bordeaux.

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES (1)

(1) Tous nos travaux, à part ceux pour lesquels est notée une indication spéciale, proviennent de la clinique de M. le Professeur Lanelongue, et du Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté.

I. — TECHNIQUE CHIRURGICALE

INSTRUMENTATION

Drainage de l'utérus.

Thèse, Bordeaux, 1894-95.

(Partie technique; — avec 18 figures.)

Dans cette partie de notre thèse, qui est le premier travail d'ensemble fait en France sur la question, nous avons étudié :

1° Les différents modes de drainage prolongé de l'utérus, tels que : le drainage à la gaze ; le tamponnement de l'utérus (méthode de Vulliet) ; le drainage au crin de Florence (Chéron) ; les tubes en caoutchouc ; les tubes et tiges rigides, etc.

Ces divers procédés sont étudiés aux points de vue historique, technique et clinique.

2° La méthode employée alors par notre maître, M. Lanelongue (tige d'aluminium de Lefour, avec disque de Courtin).

Cette méthode est actuellement très répandue parmi les gynécologistes de la région du sud-ouest.

Neuf observations d'hystérectomie abdominale supravaginale pour fibromyome de l'utérus. — Traitement rétropéritonéal du pédicule.

(En collaboration avec M. Faguet.)

Revue de Chirurgie, n° 6, juin 1895, avec 6 figures.

Dans ce travail nous donnions la description d'un procédé d'hystérectomie partielle employé par M. Lanelongue.

Après amputation supravaginale de l'utérus fibromateux, les deux valves antérieure et postérieure du moignon cervical étaient rapprochées et réunies : 1° par une suture continue entrecoupée (suture du cordonnier) qui accolait les deux surfaces cruentées, de façon à amener une hémostase parfaite ; 2° par une suture séroséreuse superficielle, en surjet. Un surjet supplémentaire fermait à droite et à gauche la plaie des ligaments larges.

Fracture de jambe. — Appareil de marche.

Journal de med. de Bordeaux, 26 septembre 1897.

La méthode ambulatoire dans le traitement des diverses affections du membre inférieur. — Appareil de marche à étrier mobile.

Presse médicale, 23 février 1898. — (8 figures).

Séduit par les beaux résultats que nous avions vu obtenir par M. Reclus dans son service de Laënnec (1897), chez des malades porteurs de fracture de jambe, et traités par la « *méthode ambulatoire* », nous avons cherché à nous rendre compte des avantages de cette méthode. Et nos premiers essais ont été si satisfaisants (fig. 1) que nous nous sommes appliqué à améliorer la technique jusqu'alors employée, espérant ainsi rendre plus pratique l'usage d'une méthode, qui peut, dans des cas déterminés, rendre de précieux services.

Adoptant pour nos malades la méthode en deux temps et à double appareil (1° appareil de contention ; 2° appareil de marche proprement dit), qui nous a semblé infiniment plus sûre, nous avons surtout cherché à trouver un « appareil de marche » capable de réunir certaines conditions que ne remplissaient pas suffisamment, à notre avis, ceux que nous avions vus décrits ou employés ailleurs.



Fig 1.

Le modèle auquel nous nous sommes arrêté après de nombreuses modifications (fig. 2) se compose de trois pièces : *un étrier* qui appuie sur le sol, et *deux attelles* qui supportent le poids du corps. L'*étrier* en tôle est creusé au centre pour plus de légèreté ; deux branches montantes en forme de fourreau reçoivent l'extrémité inférieure des attelles qui y sont fixées par des écrous : on peut, à volonté.

faire monter, descendre l'étrier le long des attelles, ou même l'enlever. Les *attelles* sont en bois léger; leur extrémité supérieure est munie d'ailettes en tôle souple destinées à se mouler sur les formes du membre.

Les avantages de cet appareil sont pour nous les suivants :

1° *Légèreté extrême;* il pèse 425, 400 et 375 grammes, au lieu de 650, 735, 1,000 grammes, etc., poids habituels des autres modèles ;



Fig. 2.

2° *La flexion du genou est possible* en raison de la convexité de l'étrier, en même temps que l'appui est assez large pour être assuré ;

3° *Souplesse pendant la marche*, en raison de l'articulation des diverses pièces, de la souplesse des attelles, et de la semelle de cuir qui garnit l'étrier ;

4° *Commodité d'application :* puisque l'étrier est mobile, on n'a pas à craindre de mettre le fond de l'appareil trop

près du pied, et on évite ainsi à coup sûr pendant la marche des heurts pénibles et dangereux pour le malade ;

5° *Emploi facile* dans les diverses impotences du pied, primitives, ou secondaires à une opération : car il suffit d'en-



Fig. 3.

lever l'étrier pour surveiller, panser, par exemple, un Phelps, opération d'Ogston, etc., etc. :

6° *Construction facile et maniement simple.*

Notre appareil a été appliqué par nous-même ou par M. le Pr Braquehnaye un certain nombre de fois (fig. 3

et 4), et les services rendus ont été ceux que nous en attendions. Mais notre expérience nous a montré, ce qui a déjà



Fig. 4.

été dit, c'est que (pour ne parler que de son application dans les cas de fracture) *la méthode ambulatoire ne peut donner*

des résultats satisfaisants que si on sait choisir un malade non pusillanime, avec un membre bien nourri, et une fracture sans trop grande tendance au déplacement. Le cas idéal c'est la fracture en bonne position avec retard de consolidation ou pseudarthrose.

Pour ces cas déterminés ainsi que pour certaines affec-



Fig. 5.



Fig. 6.

tions ou suites d'opérations du pied la méthode ambulatoire nous semble avoir des avantages sur lesquels nous avons insisté dans nos articles du *Journal de médecine de Bordeaux* et de la *Presse médicale*.

Le modèle d'appareil de marche pour jambe peut, avec quelques modifications insignifiantes (forme plus grande, une attelle arrivant jusqu'au pli génito-crural, l'autre sur la fesse au niveau du grand trochanter) *s'adapter au traitement*

ambulatoire des fractures de cuisse. La malade représentée dans les figures 5 et 6 a été ainsi traitée avec un excellent résultat. Son histoire a été rapportée dans la thèse de notre ami Fourcaud (Bordeaux, 1897-98).

Bistouri pour périnéoraphie.

Soc. de Gynécologie. Bordeaux, 13 juillet 1897.

Adaptation de coussinets pneumatiques aux béquilles et appareils orthopédiques.

Soc anat. Bordeaux, 19 juillet 1897.

II. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

Luxations dorsales externes du pouce. — Étude clinique et expérimentale.

Soc. anat., Bordeaux, 23 et 30 novembre 1896. — *Soc. de chirurgie*, Paris, novembre 1897. — *Revue de chirurgie*, mars et avril 1898 (avec 5 dessins et 6 photographies).

§ I. — Le 20 novembre 1878, devant la Société de Chirurgie, M. le Pr Farabeuf disait : « il est permis de décrire une seconde espèce de luxation complète du pouce en arrière, dont la réduction est excessivement difficile. » Il faisait ainsi allusion à deux cas de luxation complète observés dans les services de Védrènes et de Verneuil, et dans lesquels il avait trouvé le *tendon fléchisseur* luxé *en dehors*, disposition inusitée qu'il avait reproduite autrefois dans quelques-unes de ses expériences, mais qu'il avait cru alors « pouvoir attribuer à une erreur ». Et M. Farabeuf ajoutait : « je serais très heureux que de nouvelles recherches cliniques vinssent confirmer mon opinion ».

A vingt ans de distance, nous venons répondre à cet appel, en ajoutant à la notion du déplacement externe du tendon entrevue par M. Farabeuf dans les luxations complètes,

1° *Que ce déplacement peut aussi se rencontrer dans les luxations complexes* (fig. 1 ; comparer avec la fig. 2) :

2° *Qu'il n'est que l'un des éléments anatomiques d'un*

groupe de luxations bien définies par des caractères spéciaux que nous avons étudiés, et dont on trouvera plus loin le résumé.

L'occasion de ces recherches nous a été fournie par un malade que nous avons observé à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Il était porteur d'une luxation complexe que des tentatives répétées n'avaient pu réduire.

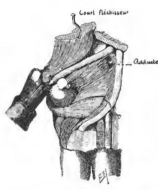


Fig. 1. — Luxation complexe externe. — Anormale.

Or chez lui, un fait nous avait frappé, savoir le *le déplacement du pouce en dehors* (fig. 3 et 5), habituellement le pouce se porte en dedans (fig. 4 et 6). Voulant vérifier l'existence de ce déplacement, nous avons eu recours à l'examen radiographique : le pouce était bien déplacé en dehors du méacarpien (fig. 5, comparer avec la fig. 6). Mais en outre, la radioscopie nous avait montré que les sésamoïdes pouvaient jouer librement au-devant de la tête mé-

tacarpienne (fig. 7) : *ils n'étaient donc pour rien dans l'irréductibilité de la luxation.*

Deux faits exceptionnels, par conséquent, restaient acquis : 1° le déplacement externe du pouce ; 2° la persistance de l'irréductibilité sans qu'il y ait l'interposition des sésamoïdes qui en est la cause habituelle.

Dès lors, il nous fallait chercher : 1° la valeur du déplacement externe ; 2° la cause de l'irréductibilité ne tenant pas à l'obstacle sésamoïdien.

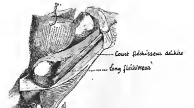


Fig. 2. — Luxation complexe interne. — Classique.

Pour arriver au premier résultat, il nous a suffi de reproduire sur le cadavre le déplacement externe du pouce, puis de disséquer le foyer de la luxation ainsi obtenue : nous y avons trouvé entre autres particularités que le *tendon fléchisseur* était luxé *en dehors de la tête métacarpienne*. Toujours les deux caractères, déplacement externe de la phalange et déplacement externe du tendon, ont été reproduits simultanément : ils sont le corollaire l'un de l'autre. Restait à voir si dans les luxations ainsi obtenues, les sésamoïdes pouvaient, comme chez notre malade, passer au-devant de la tête métacarpienne? L'examen radioscopique nous a montré

que dans certains cas, les sésamoïdes ne pouvaient pas dépasser l'extrémité du métacarpien, tandis que dans quelques autres ils arrivaient à jouer au-devant d'elle (fig. 7). Dans les premiers cas, par conséquent, leur interposition pouvait créer l'irréductibilité ; *mais dans les seconds, l'irréductibilité provenait forcément d'un obstacle d'une autre nature.*

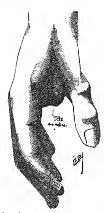


Fig. 3. — Luxation complexe externe anormale.

Ceci nous amenait à la conclusion suivante : il existe des luxations du pouce en arrière dans lesquelles : *a)* la phalange est déplacée en dehors, *b)* le tendon fléchisseur est déplacé en dehors, *c)* elles sont *irréductibles pour un motif spécial.*

Restait à connaître ce motif : deux séries d'expériences contradictoires nous ont montré que *le tendon luxé devait être incriminé.*

1° En essayant de réduire une luxation dont le foyer était

disséqué, on voyait le tendon s'interposer entre la phalange et le métacarpien :

2° La réduction s'obtenait au contraire facilement si on sectionnait le tendon soit dans l'articulation, soit plus haut, au-dessus du carpe ; quant aux débris ligamenteux et aux fragments musculaires déchirés, leur rôle était nul.

Ainsi se trouvait constitué le type d'une luxation complexe en arrière, dont nous possédions un échantillon sur le



Fig. 4 — Luxation complexe interne classique.

vivant et des reproductions sur le cadavre, luxation qui avait des caractères anatomiques et cliniques différents de ceux qui se présentent dans les cas ordinaires.

Etendant alors nos recherches, nous nous sommes demandé si la trilogie : « *déplacement externe de la phalange, déplacement externe du long fléchisseur, et irréductibilité de cause tendineuse* », pouvait appartenir aux luxations *complètes*, comme aux luxations *complexes*. Nos expériences nous ont permis de répondre par l'affirmative. Puis nous

avons cherché à recueillir dans la littérature médicale des faits analogues à ceux que nous avions expérimentalement groupés : ces faits existaient, très rares, il est vrai (5 seulement), mais ce nombre était suffisant pour nous montrer que nos expériences n'avaient pas créé un type artificiel ; — en



Fig. 5. — Luxation complexe externe — Anormale

outre ils étaient assez imparfaitement observés pour légitimer l'utilité d'une étude, qui était encore à faire aux points de vue du *mécanisme, des caractères anatomiques et cliniques, et de la thérapeutique*.

C'est cette étude que nous avons entreprise par des expériences patiemment poursuivies : en voici le résumé :

§ II. — 1° *Il importe désormais, dans les luxations en arrière du pouce, de tenir compte du déplacement latéral de la phalange.*

Elle se déplace habituellement en dedans ; exceptionnellement elle peut se déplacer en dehors.



Fig. 6 — Luxation complexe interne — Classique

Dans le premier cas, la luxation mérite d'être appelée *dorsale interne* ; dans le second cas, elle est *dorsale externe* :

2° Les luxations dorsales, internes et externes, peuvent être ou complètes ou complexes.

Les luxations dorsales internes sont les plus fréquentes :

elles correspondent aux types partout décrits depuis Farabeuf; ce sont des luxations normales, classiques.

Les luxations *dorsales externes* ou anormales sont beaucoup plus rares; elles existent à peu près dans 5 pour 100 des faits cliniques ou expérimentaux. Cette rareté s'explique



Fig 7. — Luxation complexe externe (fig 5) pendant la traction

par la complexité des conditions qui président à leur production.

3° Pour produire une luxation *dorsale externe complète*, il faut que le traumatisme, très violent, atteigne le pouce en extension et en abduction, et qu'il agisse en exagérant ce

déplacement : cliniquement, un coup porté sur le pouce, une chute sur la main, *les doigts très ouverts et en extension*, réalisent ces conditions.

La luxation *complexe externe* est, comme pour les luxations normales, une complication secondaire de la luxation complète.

4° Les caractères anatomiques des luxations *dorsales externes* sont les suivants :

a) *Variété complète.* — L'axe de la phalange redressée est perpendiculaire à celui du métacarpien ; la base de la phalange avec les sésamoïdes, *repose sur la face dorsale externe du métacarpien ;*

La tête métacarpienne est dans l'espace interosseux, plus rapprochée de l'index que le pouce ;

Le tendon du long fléchisseur du pouce est *luxé en dehors de la tête métacarpienne et souvent en dehors de l'espace intersésamoïdien ;*

Les deux ligaments latéraux sont déchirés ou le seul ligament latéral interne :

Le muscle adducteur est déchiré, ainsi que les faisceaux les plus internes du court fléchisseur : il en résulte souvent la production d'une boutonnière musculaire qui entoure le métacarpien.

b) *Variété complexe* (fig. 1 et 3). — La phalange parallèle au métacarpien *chevauche sur sa face dorsale externe ;* le sésamoïde interne est seul en rapport avec le dos du métacarpien, et le pouce est plus éloigné de l'index que le métacarpien ;

Le *tendon luxé en dehors* est en avant de la phalange et en arrière et en dehors de la tête métacarpienne :

Les déchirures fibreuses et musculaires sont les mêmes que dans la variété complète ; elles sont souvent plus considérables.

5° Les caractères cliniques des luxations *dorsales externes* sont les suivants :

a) *Variété complète.* — Le pouce est en Z, et la phalange est transportée *en dehors de la ligne médiane* du métacarpien; la tête de celui-ci fait dans l'espace interosseux une saillie visible et palpable; elle est plus rapprochée de l'index que la base de la phalange:

Il est possible de retrouver en dehors, contre le col du métacarpien, la saillie du tendon long fléchisseur.

b) *Variété complexe* (fig. 3 et 5). — Le pouce est raccourci, on peut lui imprimer des mouvements anormaux de latéralité : la phalange parallèle au métacarpien est couchée *en arrière et un peu en dehors* de celui-ci.

A la partie postéro-externe, on retrouve la saillie de la base phalangienne surmontée d'un creux ; à la partie antéro-interne, on sent et on voit le relief de la tête métacarpienne ; le pouce est plus éloigné de l'index que le métacarpien ;

Il est difficile à l'état de repos de reconnaître la situation externe du tendon fléchisseur.

6° Les luxations *complètes externes* connues imparfaitement, et non décrites jusqu'à ce jour, n'ont été observées cliniquement ou expérimentalement qu'à l'occasion de leur irréductibilité.

Les deux seuls cas observés de luxation *complexe externe*, dont celui que nous avons observé, étaient irréductibles.

7° *L'irréductibilité spéciale des luxations dorsales externes tient au déplacement du long fléchisseur en dehors* (fig. 1) ; elle est (pour des cas de même ancienneté) d'autant plus rebelle que le tendon est plus déplacé, et plus libre de toute attache normale.

Le déplacement du tendon agit de plusieurs façons :

Il peut rendre la réduction instable : — il peut la rendre impossible, *a)* soit en ne suivant pas la phalange, *b)* soit en la suivant, mais en s'interposant alors entre elle et le métacarpien.

8° Le rôle du tendon persiste même — dans la luxation

complexe externe — quand les sésamoïdes peuvent passer entre les deux os, ne gênant pas par conséquent la réduction.

Dans les cas où les sésamoïdes ne pouvant pas passer, constitueraient un obstacle à la réduction, l'action du tendon n'en persisterait pas moins.

9° Pour faire *la réduction* des luxations *dorsales externes*, il faudra avoir recours aux méthodes préconisées par Farabeuf pour les luxations internes, normales. Elles peuvent réussir à la condition qu'on s'occupe du tendon pour le remettre et le maintenir en bonne place.

10° *En cas d'insuccès, les luxations dorsales externes irréductibles deviennent justiciables de l'intervention chirurgicale.*

Deux méthodes pourront être employées :

a) *L'accrochement du tendon* — à travers une petite incision, moyen infidèle — ou dans l'articulation largement ouverte, moyen plus sûr.

b) *La ténotomie provisoire* du long fléchisseur, soit au-dessus du poignet, soit dans l'articulation ouverte en avant et en dehors.

L'arthrotomie est le procédé de choix : elle permet à volonté l'accrochement ou la ténotomie provisoire, ou même tout autre manœuvre qui pourrait être reconnue nécessaire.

III. — HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE CHIRURGICALE

Fibrome polykystique malin de l'utérus

(Travail du laboratoire des cliniques.)

Ann. de gynécologie et d'obstétrique, janvier 1898.

A mesure que se perfectionne la connaissance de l'histologie normale, et surtout de l'histogénèse des tissus normaux, l'origine des néoplasmes peut être mieux connue : car on s'efforce de trouver dans les caractères morphologiques des cellules néoplasiques la filiation qui les rattache directement aux tissus adultes au milieu desquelles elles se sont développées. C'est ainsi qu'on a pu former le groupe naturel et déjà ancien des épithéliomas ; et plus récemment celui, moins bien étudié, et sans doute trop restreint encore, des endothéliomes.

Quant aux tumeurs dites *sarcomes*, elles étaient hier encore aussi confuses dans leur caractéristique anatomique que dans leur origine. Mais en France, des travaux récents, ceux de l'école lyonnaise principalement, ont donné à leur étude une orientation nouvelle : ils tentent à démontrer que l'*individualité anatomique du sarcome n'existe pas*. Il suffirait, pour le prouver, de pouvoir démontrer que le sarcome n'est pas un élément surajouté dans les tissus au milieu desquels

il se développe, et en différant morphologiquement, mais au contraire, qu'il prend naissance dans les éléments préexistants, dont il n'est qu'une forme, et qu'il représente seulement avec une vitalité différente.

C'est en adoptant ces idées, et pour apporter à leur défense une contribution nouvelle, que nous avons étudié un cas fort intéressant de tumeur maligne de l'utérus.

Il s'agissait d'une tumeur du poids de 8kgr,850 enlevée chez une femme vierge, de 34 ans. Le néoplasme était né et développé en plein dans le parenchyme utérin ; il était formé de franges, de végétations polypiformes, circonscrivant des lacunes vides ou kystiques et en contenant elles-mêmes. Cette forme macroscopique nous a semblé, du reste, exceptionnelle, si nous en jugeons par la lecture critique que nous avons faite des nombreuses observations publiées sous les noms de sarcome, fibro-sarcome, etc.... etc...

De l'examen histologique, nous avons pu conclure *que c'était dans le voisinage des vaisseaux utérins et dans leur épaisseur même qu'il fallait trouver le point de départ des éléments néoplasiques :* la tunique adventice de certaines artères ou artérioles était remplacée par un anneau fibreux en dehors et en dedans duquel se trouvaient les foyers les plus intenses de la néoformation cellulaire. *Cette double origine indiquait bien le rôle joué par le tissu conjonctif situé dans l'épaisseur même des artères, en même temps qu'elle indiqait la possibilité d'un point de départ dans les endothéliums périartériels :* mais à cela nulle contradiction, disions-nous, puisque les endothéliomes et les cellules conjonctives ont en réalité même valeur morphologique (Cornil, *Arch. méd. expér.*, I, 1897).

Dans notre fait, comme dans beaucoup de ceux que d'autres ont étudiés, les endothéliums endovasculaires n'étaient point modifiés, et la théorie émise par Costes, d'après Pilliet, se trouvait une fois de plus en défaut. Au

contraire, nous avons pu arriver aux mêmes conclusions que M. Costes lorsqu'il parle du développement des fibromes « par néoformation de cellules embryonnaires dans l'adventice. »

Ajoutons que la tumeur ne contenait pas de fibre musculaire. D'origine fibreuse, elle devait donc être classée comme fibrome, et comme fibrome malin, les caractères histologiques et cliniques étant d'accord pour cela.

Cette tumeur représentait en somme dans la série des fibromes un type analogue à ceux que, presque à la même époque (Arch. méd. exp., IV, 1897), MM. Paviot et Bérard *étudiaient dans la série des myômes, sous le nom de « cancer musculaire lisse ».*

Si bien qu'en adoptant le mode de dénomination de ces auteurs, nous aurions pu appeler « *cancer fibreux* » de l'utérus le fibrome malin que nous avons étudié.

Le mot cancer serait pris ici dans le sens le plus large, impliquant l'idée de malignité.

Hypertrophie éléphantiasique des mamelles.

(En collaboration avec M. le Pr Coyne.)

Bull. Soc. anat., Bordeaux, 28 mai 1897.

Étude histologique des lésions portant sur les deux seins qui pesaient 2,500 et 3,200 grammes.

Tumeur à myéloplaxes non sarcomateuse (myélome) de la jambe.

(En collaboration avec M. Auché.)

Ass. fr. pour l'avancement des sciences. — Congrès de Carthage, 1896.

Considérations critiques sur les tumeurs appelées *myélomes*, à l'occasion d'une tumeur de la jambe opérée par

nous; et dont nous rapportions, avec l'histoire clinique, les caractères d'une étude histologique détaillée.

I. — La structure pouvait se résumer ainsi :

1° Des vaisseaux, tous pourvus sans exception d'une paroi propre ;

2° Du tissu conjonctif réuni en faisceaux, ou partout disséminé ;

3° Des éléments cellulaires parmi lesquels des plaques à noyaux multiples seules pouvaient être considérées comme éléments spéciaux,

Ces particularités histologiques, ainsi d'ailleurs que les caractères cliniques, nous permettaient de rapprocher ce néoplasme, observé chez une jeune fille de 18 ans, *des tumeurs à myéloplaxes que Heurtaux a décrites dans les gaines tendineuses de la main sous le nom de myélomes.* Ces myélomes, dit Heurtaux, « ne répondent pas à l'idée qu'on se fait des sarcomes. Ils ne sauraient donc leur être assimilés et méritent de former un groupe distinct, suffisamment caractérisé par sa marche clinique et surtout par sa texture intime ».

Mais nous avions à discuter *si la tumeur avait son origine dans les gaines tendineuses du bas de la jambe,* comme celles que venaient de décrire MM. Longuet et Landel (*Arch. méd. expér.*, 1895, VII), ou bien si elle s'était développée au niveau des aponévroses, des ligaments tibio-péroniers, du périoste, ou même de la cavité médullaire du tibia ou du péroné. *L'origine osseuse nous a semblé plus probable.*

II. — *Ceci nous permettait d'étendre la signification du mot myélome,* dans un sens plus vaste que celui qu'ont voulu lui réserver Heurtaux et Albert Malherbe. Car nous écrivions : « Les tumeurs à myéloplaxes des os sont parfois susceptibles de présenter les caractères absolument identiques à ceux des myélomes tendineux, telles sont par exemple celles qu'Eugène Nélaton décrivait comme variétés

fibroïdes ou fibro-graisseuses des tumeurs à myéloplaxes. Ajoutons à ce propos qu'Eugène Nélaton n'a jamais voulu réserver à ces formes spéciales le nom de myélome, comme semble le dire Heurtaux : mais il employait ce terme comme celui de Médullome pour désigner les tumeurs à myéloplaxes les plus complexes, ou parallèlement, pouvaient se trouver le tissu fibreux, les éléments embryonnaires, les médullocelles, etc... »

Le mot myélome a gardé, en France, pendant longtemps cette signification générale ; en Angleterre et en Allemagne, il sert encore à désigner toute tumeur à myéloplaxes sans distinction, aussi bien les formes myéloplasiques pures que les formes embryonnaires ou les formes fibroïdes ; il est ainsi synonyme des termes généraux de : myeloïd tumor, myeloïd sarcom, en Angleterre ; et en Allemagne, sarcome myélogène, tumeur myéloïde (myeloïdgeschwülst), tumeur à cellules géantes... (Riesenzellgeschwülst), etc., etc...

C'est assez dire que la signification toute particulière que tendent à donner au mot myélome les auteurs français est beaucoup plus restreinte et souvent en opposition avec l'acception très large qu'il comporte dans la littérature médicale étrangère.

Corps étranger et lipome arborescent intra-articulaires.

(En collaboration avec M. Faguet.)

Bull. Soc. anat., Bordeaux, 1894, p. 107.

Étude clinique et histologique d'un cas typique de lipome arborescent du genou.

Les documents recueillis à propos de cette observation ont fait l'occasion de la thèse de Sternberg. — Bordeaux, 1894-95.

Centres nerveux d'un amputé de jambe.

(En collaboration avec M. Armand.)

Bull. Soc. anat., Bordeaux, 1896, p. 40

Amputation de la jambe gauche remontant à 3 ans :

Les cordons latéraux de la moelle et les racines sacrées du côté droit étaient légèrement atrophiés. Dans le cerveau, le bulbe et le cervelet, il n'y avait aucune modification comme poids, forme, structure, etc...

Anévrysme miliaire de l'œsophage.

Bull. Soc. anat., Bordeaux, 1895, p. 56.

Étude histologique d'un anévrysme miliaire développé dans la sous-muqueuse de l'œsophage. Guérison par oblitération spontanée de la tumeur grosse comme un pois. Le volume des anévrysmes miliaires décrits par Virchow, Bouchard, Charcot, Liouville, est en général moindre.

IV. — HISTOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES

Tuberculose végétante du col utérin simulant le cancer.

Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol., 2 mars 1898

(2 microphotographies, 2 dessins.)

(Travail du laboratoire des cliniques.)

Les formes anatomiques de la tuberculose de l'utérus qui ont été décrites jusqu'à ce jour sont la forme *ulcéreuse* et la forme *miliaire* : quant à la forme *fistuleuse* admise par Daurios (*Th.*. Paris, 1888-89), elle ne peut être considérée que comme le résultat d'un accident survenu dans le cours de l'évolution de la tuberculose ulcéreuse ; la production des fistules tient uniquement à ce que la tuberculose s'est développée dans le voisinage d'un organe creux (urètre, rectum).

La forme miliaire elle-même ne reste miliaire que si elle évolue en tant que localisation sur l'utérus d'une tuberculose suraiguë, et ce fait est du reste exceptionnel (Cornil). Dans les cas habituels, la granulation miliaire n'est que le premier stade du tubercule destiné à la caséification, puis à l'ulcération. Et en somme la forme ulcéreuse se trouve être la seule qui ait été observée ou décrite dans la tuberculose chronique de l'utérus.

Parfois les granulations primitives bordant les ulcéra-

tions ont pu simuler des petites végétations ; *mais la végétation existant seule, sous forme de tumeur, et sans ulcération apparente, restait à étudier.*

Un cas absolument typique que nous avons rencontré et diagnostiqué nous en a fourni l'occasion : une revue critique des faits publiés de tuberculose utérine nous a servi de comparaison, et nous a permis, en outre, de rapprocher de notre observation le fait classique de Péan, étudié par Cornil, et peut-être aussi un fait de E. Frankel tout récemment publié (décembre 1897).

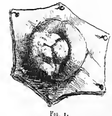


Fig. 1.



Fig. 2.

I. — Où se rencontre dans l'utérus la forme *végétante* ? on peut dire : jamais au niveau de la muqueuse intra-utérine, ou endocervicale, mais *toujours au niveau de la partie vaginale du col.* Ce fait vérifié par nos observations est rendu compréhensible par les caractères histologiques des « végétations ».

Elles étaient en effet, dans notre observation, formées de la façon suivante : la muqueuse cervico-vaginale était repoussée, distendue par de nombreux tubercules situés dans l'épaisseur de la lèvre postérieure du col. Ces tubercules étaient situés à quelque distance de la couche basale de l'épithélium pavimenteux, et entre leur surface et cet épithé-

lium, le chorion de la muqueuse était infiltré de nombreux globules blancs ou rouges : autant de foyers œdémateux ou hémorragiques qui aidaient par leur présence à rendre exubérant et comme « végétant » le contour du col. L'épithélium cervico-vaginal recouvrait partout la surface bosselée du col.

On comprend maintenant comment ces déformations presque mécaniques ne peuvent se produire que dans le segment vaginal du col, puisqu'elles trouvent là, libre expansion dans son épaisseur, et résistance suffisante à sa superficie.

Et en effet, vers les glandes de la muqueuse endo-cervicale, le processus tuberculeux avait déterminé des lésions qui permettaient merveilleusement de saisir sur le vif la destruction des épithéliums glandulaires plus fragiles. Ces parties de nos préparations reproduisent exactement la description de Cornil et les modifications de la partie cervico-vaginale sont donc seules originales et caractéristiques de la tuberculose végétante.

Quant aux caractères extérieurs de la tumeur, que les figures 1 et 2 nous dispensent de décrire, *ils rappelaient ceux de certaines formes papillomateuses du lupus des muqueuses*, la tuberculose avec pachydermie verruqueuse du larynx, par exemple.

II. — Et de même que ces tuberculoses ont, là où elles sont habituelles, une *virulence atténuée* et une *évolution lente*, de même la tuberculose végétante du col utérin doit présenter des particularités analogues.

En effet, dans le cas de Jeanne P…, les sécrétions recueillies sur le col n'ont pas été infectantes : il nous a fallu, pour tuberculiser l'animal, faire les inoculations avec des parcelles de la tumeur : les coupes microscopiques n'y avaient décelé que de très rares bacilles.

Quant à l'évolution de l'affection chez notre malade (âgée

de 24 ans), elle est non moins remarquable par sa torpeur, puisque nous avons pu en trouver des traces non douteuses dès l'âge de 14 ans ; et le début pourrait peut-être même remonter à l'âge de 7 ans (1) ! Jeanne P... était du reste tuberculeuse par ailleurs, et depuis longtemps ; mais toutes ses lésions ont la même forme atténuée : une cystite vraisemblablement tuberculeuse date déjà de 12 ans, elle reste silencieuse pendant de longues périodes, et les urines contiennent seulement des traces de pus.

III. — Nous nous sommes demandé quelle *voie* l'infection bacillaire avait pu suivre pour atteindre chez Jeanne P... le col qui paraît avoir été le premier élément tuberculisé dans l'organisme, et qui était resté seul tuberculeux dans l'appareil génital ? (Hystérectomie vaginale).

Ici encore, un fait spécial était d'accord avec toutes les particularités qui distinguaient ce cas de « tuberculose végétante ». *Nous étions en présence d'un véritable chancre tuberculeux par inoculation directe :* Jeanne P... était tombée autrefois sur la pointe recourbée d'un racloir en fer, et la vulve et le vagin sûrement, le col peut-être, avaient été blessés. Ce traumatisme, chez une fillette, reproduisait l'inoculation obtenue par Cornil et Dobroklonsky chez les cobayes femelles ; du reste *ces tuberculoses expérimentales reconnues par ces auteurs sont histologiquement identiques à celle que nous avons observée.* Cette infection des voies génitales par un corps étranger n'est pas, du reste, chose rare : l'histoire habituelle des vulvo-vaginites des petites filles montre que l'inoculation des parties externes est même suffisante pour la provoquer.

IV. — Au point de vue clinique, nous avons insisté sur

---

(1) La tuberculose utérine dans sa forme habituelle a été observée chez des enfants beaucoup plus jeunes : 5 ans, 3 ans, 20 mois et même 2 mois (Péron).

la *possibilité de confondre la tuberculose végétante du col avec le cancer ;* Péan avait enlevé l'utérus de sa malade comme utérus cancéreux, et pour Jeanne P... nous avons entendu dire avant l'examen au spéculum qu'elle était atteinte d'un épithélioma déjà avancé ! Il importe donc de savoir distinguer la tuberculose végétante, et c'est en nous basant sur le cas que nous avons observé, ainsi que sur la lecture des faits semblables ou s'en rapprochant, que nous avons cru pouvoir indiquer les caractères différentiels suivants :

a) ***Signes physiques :***

Volume. — *Tub. V :* petites dimensions.

Aspect. — *Tub. V :* Masse muriforme, végétations plus petites dans le voisinage, et même légères ulcérations en coup d'ongle; la muqueuse recouvre la tumeur; *épith. :* N'est jamais, dans le col, uniquement interstitiel; *tub. ulc. :* Ulcération bordée d'un semis de granulations.

Coloration. — *Tub. V :* rose-rouge; plus foncée que le reste du col; — *épith. :* grisâtre, etc.; *tub. ulc. :* fond jaunâtre et rosé.

Toucher. — *Tub. V :* surface mamelonnée mais lisse, polie, consistance élastique sans induration, limites nettes; *épith. :* surface dépolie; consistance très dure, limites peu nettes; *tub. ulc. :* dépression sans induration diffuse, bords quelquefois granuleux.

b) ***Signes fonctionnels :***

Douleurs spontanées. — *Tub. V :* pas ou peu; *épith. :* douleurs; *tub. ulc. :* pas ou peu.

Douleurs au toucher. — *Tub. V :* douleurs; *épith. :* pas; *tub. ulc. :* peut être très douloureuse.

Hémorragies. — *Tub. V :* pas; *épith. :* fréquentes et abondantes, etc.; *tub. ulc. :* peuvent être continues, mais insignifiantes.

Pertes. — *Tub. V :* glaireuses; *épith. :* souvent fétides, etc.; *tub. ulc. :* souvent purulentes.

c) ***Marche:***

Tub. V: extrêmement lente; *épith.:* progressive, etc.; *tub. ulc.:* virulence moins atténuée que celle de la tub. v; aussi, production possible d'ulcérations profondes, fistules, etc.

Enfin l'*examen bactériologique* ne devra jamais être négligé dans les cas douteux : mais on devra se rappeler que la tuberculose « végétante » est pauvre en bacilles, et que l'inoculation de l'animal avec des fragments biopsiés est le seul réactif certain.

Une variété rare de fibromyome utérin sous-péritonéal, avec torsion du pédicule et enroulement des annexes. — Myomectomie, guérison.

(En collaboration avec M. le Pr Lanelongue.)

Soc. d'obst. et gynécologie de Bordeaux, 8 décembre 1896.

Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux, 3 octobre 1897.

Étude du mécanisme de la torsion du pédicule d'un fibrome sous-péritonéal, qui constitue en réalité un *exemple exceptionnel d' « auto-amputation » de l'utérus;* étude histologique des conséquences anatomiques de la torsion.

I. — Il s'agissait d'un fibromyome observé chez une femme de 57 ans, et dont les premiers symptômes dataient de dix ans au moins: depuis quelques temps, les signes cliniques habituels de la torsion avaient apparu. La tumeur enlevée, on reconnut que :

a) Les annexes étaient *enroulées* autour du pédicule;

b) Que la pédicule était dans l'ensemble tordu sur son axe;

c) Que ce pédicule était constitué par une partie de l'utérus, dans la cavité duquel les trompes venaient s'aboucher.

La tumeur sous-péritonéale et développée aux dépens du dôme de l'utérus avait déterminé successivement :

1° Par son accroissement la formation d'un pédicule;

2° Par ses mouvements de bascule, l'aplatissement de celui-ci et sa coudure sous forme de charnière;

3° Par sa torsion le rétrécissement progressif et la presque oblitération de la cavité utérine au niveau même de la torsion.

Ce mécanisme était le seul qui nous parût pouvoir expliquer la présence d'une partie de la cavité utérine dans le pédicule : *il y avait eu pour ainsi dire une auto-amputation progressive de l'utérus:* l'opération n'avait fait qu'achever l'œuvre spontanément commencée.

Le *siège exceptionnel* de la torsion, l'*enroulement des annexes* autour du pédicule, constituent deux faits très intéressants dans l'histoire encore mal connue de la torsion du pédicule des fibromes utérins.

II. — Les modifications anatomiques survenues sous l'influence de la torsion pouvaient se résumer ainsi : production dans des territoires assez étendus et réguliers, de foyers, *non de gangrène, mais de mort cellulaire* (nécrose de coagulation caractérisée par l'absence de coloration des noyaux), avec conservation absolue dans leurs rapports et dans leur forme, des éléments privés de vitalité.

C'était là le premier stade d'un sphacèle au début, dont le développement avait été extrêmement lent, et restreint à quelques territoires vasculaires.

Deux hystérectomies vagino-abdominale « de nécessité » pour épithélioma primitif du corps de l'utérus.

Un cas d'épithélioma primitif à type dur.

Soc. de gynécologie, Bordeaux, 9 février 1897.

1° Note sur l'histoire clinique de deux cas d'épithélioma primitif du corps de l'utérus, et sur les particularités qui avaient amené l'obligation de terminer par l'abdomen les

opérations commencées par le vagin : adhérences à l'intestin, volume excessif de l'une des tumeurs (16 centimètres de haut), etc., etc.

2° Note *histologique* sur l'un de ces utérus dont l'extrême dureté avait fait penser à un fibrome.

M. Demous a en effet appelé l'attention sur la mollesse spéciale de l'utérus atteint de cancer primitif du corps, et c'est à titre d'exception que notre cas était intéressant.

Nous expliquions cette dureté spéciale de la tumeur par la *coexistence d'une véritable cirrhose musculaire hypertrophiante*, forme de métrite interstitielle, dans laquelle le tissu conjonctif interfasciculaire très dense entourait les fibres musculaires dégénérées et creusées de vacuoles.

Kyste hydatique du sein.

(En collaboration avec M. Lanelongue.)

Soc. de gynécologie de Bordeaux, 11 mai 1897.

Les kystes hydatiques du sein, affection assez rare, ne sont guère connus en France que par l'article de Delbet du Tr. de chriurgie.

Or, à l'occasion d'un cas de kyste hydatique du sein, observé chez une jeune fille de 21 ans, nous avons :

1° Recueilli un certain nombre d'observations qui nous ont permis de porter à 33 le chiffre des kystes parasitaires observés dans le sein jusqu'à ce jour (Delbet en citait 24) ;

2° *Étudié histologiquement* le kyste et les modifications survenues dans son voisinage.

Cette étude histologique n'avait encore été faite qu'une seule fois (Recklinghausen) et d'une façon incomplète. Celle que nous avons faite nous a permis d'apporter des notions nouvelles de quelque utilité pour éclairer un point encore obscur, savoir le lieu d'origine du kyste.

Delbet se prononçait plutôt pour le développement primitivement interacineux. *Nous pensons au contraire que l'embryon hexacanthe est transporté par la voie sanguine jusqu'au niveau des mailles vasculaires qui entourent les acini glandulaires.* Et là le premier travail déterminé par la présence du parasite est une réaction conjonctive de défense, et non une destruction des lames conjonctives et de la membrane anhiste qui le séparent des épithéliums glandulaires. Aussi le kyste se développera-t-il en s'éloignant de plus en plus des acini glandulaires. Si ceux-là sont modifiés, ce ne sera que plus tard, et précisément par la sclérose conjonctive qui est aussi bien périkystique que périacineuse.

Nos constatations histologiques nous ont autorisé à envisager ainsi la pathogénie des kystes hydatiques mammaires.

M. Sidéridès s'est chargé d'exposer et de défendre cette conception dans sa thèse récente (Paris, 1898).

Tumeur de la trachée d'origine œsophagienne. — Ulcération de la carotide primitive et de la jugulaire interne. — Hémorragie foudroyante.

Soc. anat., Bordeaux et *J. méd.*, Bordeaux, 16 novembre et 6 décembre 1896. — *Archives cliniques de Bordeaux*, décembre 1896, XII.

Dans ce travail, nous indiquions comment certaines tumeurs d'origine œsophagienne mériteraient, par leurs caractères cliniques et anatomiques, d'être appelées « *tumeurs de l'œsophage à type trachéal.* »

Des considérations histologiques tirées d'un fait très intéressant venaient à l'appui de cette proposition. Nous avons en outre étudié le processus d'envahissement et d'ulcération de la carotide primitive et de la jugulaire interne.

I. — Il s'agissait d'un épithélioma lobulé, donc d'une tumeur d'origine œsophagienne et non primitivement trachéale. Mais ce point de départ ne pouvait se trouver qu'au

niveau d'une zone extrêmement limitée de la muqueuse œsophagienne où l'épithélium, non altéré en surface, envoyait un boyau tubulaire dans l'épaisseur des tuniques œsophago-trachéales. Dans toutes les autres parties de l'œsophage, le microscope ne décelait aucune lésion. Quant à l'aspect macroscopique de l'organe, il n'était aucunement modifié.

Donc, aucune tumeur œsophagienne, mais origine œsophagienne d'un néoplasme qui avait de là grandi jusque dans la trachée et dans son voisinage.

Étant donné que les tumeurs primitives de la trachée sont extrêmement rares, que les cas probants n'existent peut-être même pas, *on peut supposer que certaines tumeurs, dites « tumeurs de la trachée », sont comme notre cas, des « tumeurs de l'œsophage à type trachéal. »*

II. — On comprend maintenant comment *ces tumeurs évoluent sans que rien rappelle leur origine œsophagienne :* pas de dysphagie, pas d'hématémèses. Par contre les symptômes respiratoires appellent de bonne heure l'attention du côté de l'appareil laryngo-trachéal : nous avons vu chez notre malade survenir comme seul symptôme initial, la dyspnée et la faiblesse de la voix ; puis un crachement de sang, et à ce moment-là seulement de la gêne pour avaler les aliments solides qui provoquaient surtout des quintes de toux et des menaces de suffocation : enfin les phénomènes dyspnéiques brusques et rapidement menaçants.

Cliniquement les tumeurs œsophagiennes à évolution anatomique trachéale se comportent donc comme des tumeurs de la trachée ; elles méritent en outre les mêmes considérations au point de vue opératoire.

III. — L'ulcération de la carotide primitive droite était consécutive à l'envahissement progressif des parois de ce vaisseau, et à la nécrobiose des éléments néoplasiques, phénomène généralisé, du reste, à l'ensemble de la tumeur.

L'envahissement des vaisseaux veineux, en particulier de la jugulaire interne gauche, était consécutif à la pénétration graduelle des cellules néoplasiques dans un thrombus primitivement développé dans la veine.

V. — CLINIQUE ET CRITIQUE CHIRURGICALES

—

Drainage de l'utérus.

Th. de Bordeaux, 1894-95.

(Partie clinique).

1° Étude critique des résultats fournis par différents proeédés de drainage de l'utérus ;

2° Étude de l'aetion physiologique et des indications du drainage ;

3° Étude des résultats fournis par le proeédé de M. Lanelongue, basée sur 58 observations, *dont 48 observations personnelles de malades suivies pendant* 1, 2, 3 *et* 4 *ans*.

Hématocèle par rupture de grossesse tubaire. — Laparotomie. Guérison.

Note sur 26 cas d'hématocèle.

Gaz. hebd. des sc. méd., Bordeaux, 1898, n° 3.

Dans ee travail présenté le 13 juillet 1897, à la *Société de gynécologie de Bordeaux*, nous rapportions : 1° l'histoire clinique et l'étude histologique d'une grossesse tubaire rompue, pour laquelle notre maître, M. Lanelongue, était intervenu par laparotomie ;

2° Des considérations cliniques sur une série de 26 cas d'hématocèle que nous avions observés dans son service. Cette statistique, bien que modeste, n'est pas sans valeur, puisque les faits qui la composent ayant été suivis par nous-même peuvent être facilement comparés entre eux.

Une conclusion s'en dégage très nettement : *c'est la rareté proportionnelle de l'hématocèle grave avec inondation péritonéale :* 3 sur 26, soit 12 pour 100 environ. Ce chiffre est absolument en désaccord avec l'opinion ancienne de Lawson Tait, etc., etc. ; il est, au contraire, en rapport avec les constatations de Condamin pour qui les cas les plus fréquents sont ceux où l'hémorragie s'arrête spontanément.

Les résultats donnés par l'*expectation dans les cas moins graves* d' « hématocèle par rupture incomplète, sans inondation péritonéale », n'étaient pas absolument en faveur de cette expectation ; car pour la moitié des malades, le traitement médical avec repos absolu au lit avait duré plus de 3 mois.

En outre, nous notions parmi ces cas moyens une colpotomie suivie de mort par hémorragie et infection, ce qui nous engageait à préférer la laparotomie à la voie vaginale pour les interventions retardées.

a) Association du cancer utérin avec des lésions néoplasiques non épithéliales de l'utérus et des annexes.

b) Résumé statistique de 82 cas d'épithélioma utérin.

Société de gynécologie, Bordeaux, 9 mars 1897.

Dans ce travail, présenté à la *Société de gynécologie*, à l'occasion de deux épithéliomas du col ayant coïncidé l'un avec un fibrome, l'autre avec un kyste de l'ovaire, nous insistions :

I. — Sur les particularités cliniques qui découlent de cette association,

Au point de vue de la *fréquence et des caractères anatomiques :* les épithéliomas se développent moins sur les fibromes eux-mêmes que dans leur voisinage, où l'existence d'une métrite peut n'être pas sans influence ; cette coïncidence ne se rencontre que dans 2 pour 100 de la totalité des cancers utérins.

Au point de vue du *diagnostic :* par ses signes fonctionnels qui sont prédominants, comme par sa présence qui gêne le doigt explorateur, le cancer du col empêche presque toujours de reconnaître les myomes utérins ou les tumeurs ovariques coexistentes. Le diagnostic n'a été fait que lorsque les tumeurs utérines ou annexielles avaient un volume suffisant pour être directement reconnues.

Au point de vue de l'*intervention,* ces tumeurs, précisément puisqu'elles échappent le plus souvent à l'exploration, sont assez petites pour ne pas gêner l'opération vaginale. Dans le cas contraire, elles imposent évidemment la nécessité de la laparotomie.

II. — Sur quelques particularités intéressantes d'une statistique de 82 cas de cancer de l'utérus observés dans le service de notre maître, M. Lanelongue.

De l'intervention chirurgicale dans le rein polykystique.
Deux cas de néphrectomie pour rein polykystique. — Guérison.

(En collaboration avec M. le Pr Lanelongue, de Bordeaux.)

Ass. Fr. p. Av. des Sc. — Congrès de Carthage, 1896 (C.-R. *in extenso*).

En 1896, dans une communication orale, au Congrès de Carthage, nous avons cherché à légitimer et à fixer les indications de l'intervention chirurgicale dans les cas de « gros rein polykystique ».

Les observations de deux femmes néphrectomisées avec succès par notre maître, M. le Pr Lanelongue, ainsi que la

critique de nombreux faits publiés en France et à l'étranger, nous ont permis d'arriver à des conclusions qui étaient, les unes en contradiction avec les idées généralement admises sur le traitement chirurgical du rein polykystique, et les autres absolument nouvelles.

I. — En effet, le rein polykystique a la réputation d'être toujours, ou presque toujours bilatéral, et on en conclut que son ablation est toujours contre-indiquée : sur ce sujet, on en est resté aux conclusions trop pessimistes de la thèse de Lejars : « On peut poser en règle la bilatéralité des lésions, et c'est cette bilatéralité qui explique les désastres de l'intervention chirurgicale. »

Or à cela, nous pouvions répondre : *sur 17 cas de néphrectomie pratiquées jusqu'à ce jour (avril 1896) pour rein polykystique, la mortalité par urémie postopératoire n'a été observée que deux fois*, et trois autres morts (soit 29,4 pour 100 en tout) sont dues à des complications opératoires indépendantes de la nature de la tumeur (péritonite, Ollier ; perforation du côlon, Dandois ; circonstance pas indiquée, Fowers).

Beaucoup de résultats éloignés sont, il est vrai, inconnus, mais certains sont caractéristiques : les deux malades de nos observations étaient après six mois en parfaite santé, et débarrassées de tout symptôme fâcheux, et une opérée de M. Monod était encore vivante après 10 ans !

Donc l'opération elle-même (néphrectomie) peut être suivie de succès durable quand on sait s'entourer de certaines garanties : c'est là la première proposition que nous avons voulu justifier. Quant aux contre-indications, elles se trouvent dans des faits qui pour nous ne représentent pas absolument le plus grand nombre, et nous les formulions ainsi :

1° Ne pas opérer par néphrectomie dans les cas de tumeur franchement bilatérale ;

2° Ne pas opérer par néphrectomie, dans les cas où même

sans tumeur bien appréciable, les *symptômes de néphrite* (attaques antérieures d'urémie, altération des bruits du cœur, etc., etc...) *sont prédominants, au point de constituer le « type brightique » de la maladie polykystique du rein.*

II. — Certaines complications (suppuration, lithiase) nous paraissaient même avoir une telle importance que nous proposions contre elles la *néphrotomie* qui n'a jamais été pratiquée de propos délibéré dans le rein polykystique. — La *néphrotomie* pourrait même, et surtout, avoir sa place dans les cas où la néphrectomie ne doit pas être tentée.

Toutes ces complications, phénomènes douloureux, infection, anurie calculeuse, etc..., constituent en somme le type du « rein polykystique chirurgical » qui est à opposer au type brightique. Celui-là même n'est plus un « noli me tangere », si on veut bien songer à la possibilité de la néphrotomie, quand cette opération se trouvera indiquée par l'un des accidents sur lesquels nous avons attiré l'attention.

III. — Quelles étaient donc les *indications* à l'opération radicale, puisque celle-ci est possible dans certains cas ? Telle est la seconde proposition que nous avons voulu établir.

Ces indications, nous les trouvons dans tout une série d'affections mal étudiées dans leurs rapports avec le rein polykystique, et dont la coexistence avec celui-ci est loin d'être exceptionnelle, et en particulier :

1° *Rein mobile avec accidents* (hydronéphrose intermittente, Lanelongue), quand le rein ne peut être maintenu par une ceinture, ou quand la néphropexie ne peut être tentée en raison de l'altération du rein ;

2° *Hématurines inquiétantes, phénomènes douloureux, suppuration* (Lanelongue) :

3° *Lithiase rénale* (Lanelongue, Schönborn). Cette présence des calculs dans le rein polykystique est assez fré-

quente pour qu'on ne s'explique pas comment elle a pu n'être pas signalée comme elle le mérite : outre leur rôle comme facteurs d'accidents anuriques particulièrement graves en l'espèce, ils ont certainement avec l'altération kystique du rein des rapports qu'il serait intéressant de pouvoir préciser.

Anurie complète par oblitération calculeuse des deux uretères.

Journal de méd. de Bordeaux, 30 mai 1897.

C'est l'histoire, intéressante à divers points de vue, d'un malade chez lequel nous étions intervenu d'urgence par la néphrotomie, au neuvième jour d'une anurie provoquée par l'oblitération, peut-être simultanée, des deux uretères.

Nous insistions sur les particularités suivantes : 1° dans l'histoire du malade : *pas de signes antérieurs de lithiase ;*

2° Dans la marche clinique de l'anurie : *phénomènes douloureux à peine marqués ; localisation indifférente ou intermittente* de ces douleurs spontanées ou de celles que provoquait l'exploration ;

3° Dans le manuel opératoire :

a) Nécessité, dans certains cas, d'*explorer l'uretère, une fois le rein ouvert, avec l'explorateur à boules métalliques et non avec une sonde en gomme, par exemple ;* car chez notre malade, une sonde urétrale put être, à plusieurs reprises, poussée par l'uretère jusque dans la vessie, sans que rien ne nous ait révélé l'existence d'un calcul, que contenait cependant l'uretère.

b) Impossibilité chez un homme chargé de tissu adipeux de palper l'uretère dans la plaie malgré un long prolongement abdominal antérieur de l'incision.

c) *Difficulté de sentir des calculs peu volumineux* dans les parois épaissies et entourées de graisse de l'uretère : sur la

table d'autopsie, nous n'avons pas pu, le ventre ouvert, reconnaître par le palper : dans l'uretère gauche, un calcul fixé dans le tiers supérieur ; dans l'uretère droit (côté opéré) un calcul arrêté à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur ;

4° Dans les indications opératoires : *la seule néphrotomie ne donne que des chances insuffisantes de voir l'uretère se débloquer spontanément :* chez notre malade, les urines s'étaient montrées dans la vessie pendant 24 heures (ce qui semblait confirmer que notre sonde en gomme, ou n'avait pas rencontré de calcul, ou l'avait repoussé facilement) ; mais bientôt les urines ne sortirent plus (et en très grande abondance) que par la plaie rénale laissée largement ouverte ; et par cette voie des tentatives pour essayer de rétablir le cours uretéral des urines, furent sans résultat.

Le malade mourut d'infection secondaire 7 jours après l'opération, 16 jours environ après le début des accidents.

Sur un fait curieux d'hématurie symptomatique d'un cancer du rectum sans lésion vésicale. — Pathogénie. — Réflexions.

Archives cliniques de Bordeaux, mai 1897, p. 240.

Un homme de 47 ans atteint d'un cancer épithélial limité à la partie postérieure du rectum avait depuis 4 mois des hématuries totales. On fait une extirpation partielle du rectum sans toucher à la paroi antérieure : *les hématuries cessent le jour même aussitôt après l'opération.*

Mais elles reparaissent 8 mois après ; le malade avait une récidive de la tumeur toujours localisée à la paroi postérieure. On fit cependant un Kraske ; *cette fois encore les hématuries disparurent. Et, chose curieuse, elles ne se montrèrent jamais plus, bien que la vessie fût complètement envahie* par une seconde récidive quand le malade mourut un an après.

Cette dernière particularité est à elle seule suffisante pour indiquer que l'hématurie n'avait pas été provoquée par l'existence d'une localisation intravésicale. Au contraire, elle se produisait à l'époque où le cancer était seulement dans le voisinage de la vessie.

Y avait-il à ce moment action compressive indirecte sur les plexus vésicoprostatiques par l'intermédiaire des branches anastomotiques des hémorroïdales moyennes? ou bien y avait-il action réflexe à distance ? La première explication nous semble plus probable, puisque les hématuries n'ont définitivement cessé que quand on a supprimé du même coup et le rectum et ses branches anastomotiques.

En tout cas le fait en lui-même est curieux ; *car il est paradoxal de voir une hématurie ne plus se montrer quand un cancer a envahi la vessie, alors qu'elle avait par deux fois accompagné la présence de la tumeur, tandis que celles-ci était encore éloignée de la vessie.*

Obstruction du côlon ascendant par brides ayant simulé une appendicite.

Journal de méd. de Bordeaux, 13 juin 1897.

1° Histoire d'un malade chez lequel nous étions intervenu au 13° jour d'accidents d'occlusion avec symptômes de péritonite d'origine appendiculaire.

L'appendice était absolument sain. Par contre, tout le cæcum était transformé en une véritable écumoire, et distendu.

Au-dessus, le côlon ascendant, l'angle droit du côlon, et une partie du côlon transverse étaient enserrés dans des brides épiploïques.

Ces adhérences étaient-elles primitives et cause des accidents d'occlusion, puis de péritonite par perforation ? ou

bien y avait-il eu d'abord typhlite sans appendicite, puis péritonite localisée et obstruction secondaire?

L'opinion première nous avait paru plus probable.

Le malade mourut le jour de l'opération.

2° Étude histologique des parois du cæcum, en partie mortifiées.

Sarcome de l'intestin. — Extirpation. — Entérorraphie circulaire. Guérison.

(En collaboration avec M. Laurie.)

Bull. Soc. anat., Bordeaux, 31 mai 1897.

Étude histologique et clinique de ce cas intéressant, à propos duquel nos recherches nous permettaient de conclure :

Les tumeurs de ce genre sont rares et mal étudiées ; elles ont un développement extrapariétal, ce qui fait qu'elles ne gênent pas la circulation des matières ; le diagnostic n'a jamais été fait, on les a surtout confondues avec des tumeurs de l'ovaire (*Thèse* de Vialard-Goudou, Bordeaux, 1888).

Contusion de la moelle avec paralysie.

Journal de méd. de Bordeaux, 2 août 1896.

Consécutive à une chute sur le dos dans la cale d'un navire : les symptômes de paralysie pouvaient faire penser à une fracture de la 6e cervicale. L'opération, puis l'autopsie permirent de constater, que sauf une fracture de la pointe de la 6e apophyse épineuse cervicale, il n'y avait aucune lésion du squelette.

Le malade mourut au 9e jour avec des signes de myélite ascendante. Il n'y avait pas de rupture des enveloppes, ni de la substance blanche ; pas d'hématomyélie, ni d'hématorachis.

Les phénomènes paralytiques devaient être rapportés à l'attrition intramédullaire de la substance grise.

Kystes hydatiques du corps thyroïde.

Revue générale.

Revue de chirurgie, mai et septembre 1897.

L'histoire très intéressante d'un malade atteint d'un kyste hydatique du corps thyroïde, et chez lequel notre maître, M. le Pr Lanelongue, avait diagnostiqué cette affection grâce à un symptôme pathognomonique, nous a fourni l'occasion d'étudier : 1° ce symptôme en particulier *(rupture spontanée réitérée et suivie d'urticaire)* ;

2° Les kystes hydatiques du corps thyroïde en général.

I. — Un Landais, de 34 ans, portait une tumeur liquide du corps thyroïde depuis 4 ans environ : dans ce laps de temps, à trois reprises différentes, la tumeur s'était brusquement affaissée, pour reparaître ensuite après une période de temps variant de quelques jours à quelques mois. Et à chaque disparition de sa tumeur, le malade avait été pris de démangeaisons avec éruption d'urticaire.

Le liquide hydatique s'était répandu dans le tissu cellulaire, sans doute, au-dessous de l'aponévrose moyenne ; il en était résulté une intoxication légère.

Ce fait a la valeur d'une véritable expérience. Il reproduit les tentatives d'Achard et est exactement comparable aux cas de Moutard-Martin et de J. Wolf, qui avaient observé l'urticaire, l'un après une ponction d'un kyste hépatique en arrière, sans atteinte du péritoine, l'autre après une ponction d'un kyste des adducteurs.

Mais une autre particularité est encore à signaler, *c'est la répétition de l'urticaire survenant après chaque rupture ou ponction.*

En effet, dans les nombreuses observations de rupture

rapportées par Feytaud dans sa thèse (1875), l'urticaire ne fut jamais que passager ; et, d'autre part, Achard dit qu'une première absorption par le tissu cellulaire ou les séreuses crée une véritable vaccination : « que si la rupture survient une deuxième, une troisième fois, l'urticaire ne réapparaît pas cependant. »

A ce titre encore, l'histoire de notre malade était donc curieuse ; du reste, elle n'est pas absolument exceptionnelle : on cite trois faits de récidive de l'éruption, ceux de Chachereau (kyste pulmonaire), de James (kyste ouvert dans la vessie), et de Jaccoud.

II. — Au *point de vue clinique*, nos conclusions, pour ne parler que du diagnostic et du traitement, étaient les suivantes :

Diagnostic. — Étant établi que le kyste appartient à la glande thyroïde, il faudrait, pour prouver qu'il est d'origine parasitaire, reconnaître l'un des signes suivants :

a) *Signes pathognomoniques :* 1° frémissement hydatique (possible, mais non signalé) ; 2° démangeaisons généralisées et urticaire ; 3° disparition de la tumeur, suivie de récidive et réitérée.

b) *Signes de probabilité :* 1° existence actuelle ou antérieurement constatée de tumeurs hydatiques, dans une ou plusieurs autres parties du corps (car la généralisation de l'infection hydatique est plus fréquente qu'on ne le pense habituellement) ; 2° vie habituelle du malade dans un pays où l'hydatisme est particulièrement fréquent (Landes, en France) ; 3° sa cohabitation avec les chiens, ou la possibilité d'une infection directe par la voie cutanée (Ce serait la répétition assez improbable, du reste, du cas de Meinert).

Mais si ces signes manquent, à priori le diagnostic de kyste hydatique est impossible : il faut alors avoir recours à la *ponction* qui peut lever les doutes ; on a trouvé des crochets assez souvent.

Traitement. — En dehors des accidents de rupture, et sans complication purulente, il faut retenir :

1° *La ponction simple :* acceptable comme moyen rapidement palliatif à des accidents de compression. par exemple, elle est à rejeter absolument comme moyen curatif ;

2° *La ponction suivie d'injection modificatrice* qui ne peut réussir que pour les kystes uniloculaires, à membrane stérile (M. Lanelongue eut un succès chez son malade par l'emploi d'une solution de sublimé à 1 pour 1000) ;

3° *L'incision simple* dans les kystes suppurés ;

4° L'incision suivie de marsupialisation ou capitonnage ne doit pas être préférée à *l'extirpation qui est le moyen idéal ;*

5° *La thyroïdectomie partielle sera l'opération de nécessité* pour les kystes multiloculaires diffus et non énucléables.

VI. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE

(OBSERVATIONS ET PRÉSENTATIONS DE PIÈCES)

Hydrorrhée fétide dans un cas de petit fibrome chez une femme âgée.

Soc. de gynécologie, Bordeaux, 9 mars 1897.

On sait combien de difficultés peut offrir le diagnostic de *cancer primitif du corps de l'utérus* : les métrites parenchymateuses, les petits fibromes interstitiels chez les femmes arrivées à l'âge de la ménopause sont les affections qui prêtent le plus à la confusion. Celle-ci devient presque inévitable si un fibrome manquant de caractères physiques capables de le faire reconnaître vient en outre se compliquer d'*hydrorrhée fétide*. — C'est précisément ce qui était arrivé chez notre malade.

Dans le cas particulier l'hydrorrhée fétide ne provenait pas, comme c'est l'habitude, d'une rétention des produits de sécrétion, ou d'une mortification du fibrome : elle était due à une *infection glandulaire* assez limitée, et de date récente comme les symptômes mêmes qui en résultaient.

Épithélioma du col de l'utérus paraissant pédiculé.

Soc. de gynécologie, Bordeaux, 9 mars 1897.

Présentation du cas assez curieux d'un épithélioma qui avait déterminé au niveau de la lèvre postérieure du col

un ectropion de la muqueuse endocervicale et son glissement de haut en bas contre les parties sous-jacentes. En sorte que la tumeur paraissait en ce point comme appendue à un pédicule muqueux.

Hématomètre avec absence de vagin.

Bull. Soc. anat., 1896, p. 198

Présentation d'une jeune fille de 17 ans. Discussion sur la valeur respective et les indications des procédés simples (dilatation ou dédoublement suivis de ponction) — et des procédés complexes (colpoplastie autoplastique, ou hétéroplastique).

Fibrome de l'utérus récidivé.

Bull. Soc. anat., Bordeaux, 1894, p. 60

Disposition en gourde d'un fibrome sous-muqueux inséré sur la face postérieure de l'utérus, faisant saillie dans le vagin, et enserré par le col.

Ce fibrome était la récidive d'une semblable tumeur éliminée spontanément 3 ans auparavant.

Kyste dermoïde de l'ovaire.

Bull Soc. anat, Bordeaux, 1896, p. 233

Il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit, et d'un kyste dermoïde du parovaire gauche.

L'une des tumeurs, au moment d'un accouchement remontant à quelques mois, avait dû être ponctionnée : elle faisait à ce moment saillie dans le Douglas, en faisant bomber la paroi vaginale postérieure (1).

(1) Observation étudiée à ce point de vue par M. Fieux (*Arch. cliniques de Bordeaux*, juillet 1897).

L'existence de l'un des kystes dans le parovaire expliquait la possibilité de la fécondité.

Carcinose généralisée du péritoine avec anurie.

(En collaboration avec M. Laurie.)
Société anat. Bordeaux, 3 mai 1897.

Deux faits méritent l'attention dans cette observation d'une femme de 33 ans.

1° *Évolution extrêmement rapide* d'un cancer d'origine ovarique : deux mois et demi au plus !

2° *Prédominance des symptômes urinaires* qui furent : dans le premier mois, de la dysurie avec pollakiurie (20 mictions par jour environ) ; puis dans le dernier mois, une disparition presque complète des urines (100 à 150 grammes par jour). Si bien que ce signe, joint à l'existence de violentes douleurs lombaires, fit penser à une anurie de cause mécanique pour laquelle notre maître pratiqua la néphrotomie droite. Pendant quelques jours, les urines sécrétées par le rein ouvert atteignirent 750 grammes environ. Puis l'oligurie redevint aussi marquée. Il s'agissait alors de troubles de sécrétion : les urines vésicales étaient albumineuses et ne contenaient que 4 grammes d'urée par litre.

Tous les organes abdominaux étaient en quelque sorte *sidérés* ; la malade mourut en effet avec de la paralysie intestinale, de l'ictère, etc... Toute la cavité abdominale était tapissée de noyaux cancéreux ; les tumeurs ovariques n'étaient pas plus volumineuses que le poing.

Reins polykystiques et anurie calculeuse.

(En collaboration avec M. Bégouin.)
Bull. Soc. anat., Bordeaux, *octobre* 1897.

Observation qui vient à l'appui de notre opinion sur la valeur des « *complications chirurgicales* » *dans le rein poly-*

kystique, et en particulier sur les rapports de cette affection avec la lithiase rénale. Le bassinet contenait six gros calculs, et l'uretère était obstrué par un calcul arrêté dans son tiers supérieur.

Dans ce cas l'urétérotomie transpéritonéale eût été plus favorable que toute autre intervention.

Le rein du côté opposé était totalement détruit, et nul comme fonctionnement.

Nous avons dû de ne pas faire le diagnostic sur le vivant, à une ponction dirigée malheureusement, qui nous a amené dans un grand kyste rempli de caillots anciens. Aussi notre diagnostic avait été modifié en faveur de celui d'une tumeur solide du rein.

Rein polykystique.

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 1895, p. 193.

Présentation de pièces : se rapporte à l'une des observations étudiées ailleurs (v. page 43).

Hydrocèle en bissac.

(En collaboration avec M. Capdepon.)

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 1896, p. 202.

Tumeur de volume considérable, remontant à droite, *jusqu'à la hauteur de l'ombilic* : elle avait apparu 30 ans auparavant et avait été maintes fois ponctionnée.

Il s'agissait d'une hydrocèle congénitale avec ectopie testiculaire inguino-abdominale : le testicule était entre les deux poches. La poche inférieure était la moins volumineuse ; lésions de pachyvaginalite chronique non hémorragique.

Extirpation en deux séances opératoires. Guérison.

Castration secondaire dans un cas de prothèse testiculaire.

Soc. anat. Bordeaux et *Abeille médicale*, 1896.

Les résultats éloignés de la prothèse testiculaire sont loin de répondre aux promesses que donne dans les premiers jours une tolérance souvent parfaite.

Dans le cas particulier, chez un malade dont la castration avait suivi la cure radicale, que nous avions pratiquée, d'une très grosse hernie congénitale, il fallut après deux mois ouvrir les bourses pour enlever un appareil en soie tressée (modèle Loumeau). Des bourgeons charnus avaient pénétré les interstices de la soie, si profondément et avec une telle intimité, qu'il fallut enlever le testicule artificiel avec les parties molles qui l'entouraient. Le tout était imbibé de pus.

Hypertrophie de la prostate.

(En collaboration avec M. Laubie).

Bull. Soc. anat. Bordeaux, 25 janvier 1897.

Présentation de pièces. La prostate et les parois de la vessie ne formaient qu'un amas de loges purulentes partout disséminées. La cavité vésicale était considérablement diminuée ; un vaste abcès de la cavité de Retzius communiquait avec elle, et suppléait ainsi en partie à cet amoindrissement de la capacité vésicale.

Contusion de l'abdomen.

(En collaboration avec M. Laubie).

Détail de l'autopsie d'un homme, sur le ventre duquel était passé un tombereau chargé : nous avions refusé l'intervention, le malade était en état de shock très prononcé.

Les lésions étaient complexes : une déchirure de l'intestin, des éclatements de la séreuse viscérale et pariétale en différents points, et une déchirure dans la totalité du rayon mésentérique : cette déchirure était séparée en deux boutonnières par les gros vaisseaux mésentériques intacts ; dans l'une d'elles, une anse intestinale s'était engagée et y était déjà partiellement étranglée. En outre, on trouva des déchirures du muscle droit et du psoas, ainsi qu'une fracture de la 4[e] vertèbre lombaire.

Corps étranger dans un sac herniaire.

(En collaboration avec M. MONGIE.)

Journal de méd. de Bordeaux, 3 octobre 1897.

Fragment d'os long de 4 centimètres sur 1/2 centimètre d'épaisseur. Appelé auprès d'un homme de 74 ans qui présentait des signes d'étranglement herniaire datant de 5 jours, nous avions trouvé : 1° deux sacs déshabités ; 2° le corps étranger dans le sac vrai. Il n'y avait dans ce sac, ni épiploon, ni intestin ; aucune modification des parois ne pouvait faire penser à une péritonite localisée à la partie voisine de la grande cavité abdominale.

La date et le siège de la perforation nous sont restés inconnus.

Kyste hydatique de l'épiploon gastro-hépatique.

(En collaboration avec M. BELZER.)

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 1896, p. 77 et 84.

Présentation d'une malade chez laquelle on pouvait percevoir le symptôme très classique, mais rare du « *frémissement hydatique* ».

Extirpation. Guérison.

Carcinome du sein chez un homme.

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 1894, p. 66.

Fracture de la colonne vertébrale.

(En collaboration avec M. Labonnotte.)

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 1896, p. 55.

A l'occasion de cette observation nous faisions remarquer combien il est souvent difficile de faire la part exacte des lésions anatomiques quand il y a *à la fois fracture et luxation des vertèbres*.

Dans le cas particulier, la luxation dominait : luxation de la 5e cervicale sur la 6e, complète à gauche, incomplète à droite. La vertèbre supérieure avait glissé sur la vertèbre inférieure dont le rebord antérieur seul était arraché.

Comme mécanisme : cause directe (chute en arrière), la nuque ayant porté sur le rebord d'une marche d'escalier.

Tuberculose vertébrale.

(En collaboration avec M. Volpillac.)

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 1895, p. 54.

Présentation des pièces d'un mal de Pott dorsal guéri. Les symptômes observés chez le malade une dizaine d'années auparavant avaient fait porter le diagnostic d'ataxie locomotrice.

Vaste fracture du crâne ; abcès du cerveau consécutif. — Mort au 16e jour.

(En collaboration avec M. Laubie.)

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 9 août 1897.

Cette observation est surtout remarquable parce qu'elle montre une fois de plus la tolérance de certaines parties du

cerveau pour les traumatismes les plus violents : la malade dont il s'agissait avait un écrasement de la région fronto-temporale droite, par où s'était écoulée une quantité de matière cérébrale qu'on put évaluer à un demi-verre à Bordeaux. Jusqu'au 10e jour, on crut pouvoir sauver cette femme, qui ne présentait aucun trouble fonctionnel. A partir de ce moment seulement, une infection secondaire survint, qui amena au 16e jour une terminaison fatale.

Pustule maligne du menton.

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 1895, p. 172.

Actinomycose du maxillaire inférieur.

Bull. Soc. anat de Bordeaux, 22 juin 1896.

Gomme syphilitique de la joue.

(En collaboration avec M. Laubie.)

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 8 mars 1897 ; *Journal méd. de Bordeaux*, 23 mai 1897.

Cas de syphilis maligne avec production d'une ulcération qui s'étendit progressivement à la presque totalité de la face, et à la partie supérieure du cou du côté gauche.

La joue entière, une partie de la paupière inférieure, l'oreille, avaient été détruites. Les gros vaisseaux du cou, atteints de thrombose, furent eux-mêmes envahis par le processus phagédénique.

Mort par cachexie et infection.

Grand traumatisme ; section des membres ; fractures diverses ; fracture du crâne ; plaie du cerveau. — Mort au 3e jour.

(En collaboration avec M. Laubie.)

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 5 juillet 1897.

Sarcome de la jambe.

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 1896, p. 173.

Tumeur de l'extrémité inférieure de la jambe, développée en arrière de l'articulation tibio-tarsienne. Nous avions pensé pouvoir faire ici le diagnostic de *myélome* à cause des analogies qu'elle présentait avec une tumeur de ce genre que nous avions observée quelques mois auparavant.

Il s'agissait en réalité d'une tumeur maligne qui, 4 mois après s'était généralisée, et à laquelle le malade succombait.

Hygroma calcifié du genou.

(En collaboration avec M. Laubie.)

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 26 juillet 1897.

Présentation de photographies radiographiques qui rendaient compte de la nature de la disposition de tumeurs prérotuliennes et préjambiaires au nombre de deux et trois pour chaque jambe.

Asystolie, Septécimie.

(En collaboration avec M. Volpillac.)

Journal méd. de Bordeaux, 17 février 1895.

Embolies septiques dans les épiphyses de l'humérus et des métacarpiens, chez une femme asystolique dont les jambes étaient couvertes de phlyctènes infectées.

Luxation double de l'astragale en avant et en dehors; énucléation totale de cet os.

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 1893, p. 192.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche; luxation de l'extrémité inférieure du cubitus; luxation de l'extrémité supérieure du radius.

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 1893, p. 201.

L'homme porteur de ces lésions multiples, survenues 23 ans auparavant, pouvait se servir facilement de son bras dont tous les mouvements étaient conservés.

Malformation des doigts; nécrose symétrique des deux calcanéums.

Bull. Soc. anat. de Bordeaux, 1892, p. 47.

1° Cas d'ectrodactylie avec syndactylie unilatérale, remarquable en ce que le 5° doigt qui formait la branche externe de la « pince de homard » portait seulement une phalange et une phalangette comme un véritable pouce ; il en avait du reste toute l'apparence et tous les mouvements ;

2° Nécrose symétrique des calcanéums remontant à la première enfance, et d'origine athrepsique ; arrêt de développement partiel du pied, signes de tarsalgie par affaissement de la voûte (femme de 36 ans).

TABLE DES MATIÈRES

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.